

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kehamilan

2.1.1 Definisi Kehamilan

Kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Pertumbuhan dan perkembangan janin intra uterine mulai sejak konsepsi dan berakhir sampai permulaan persalinan (Hanafiah, 2008).

Kehamilan normal adalah keadaan ibu sehat, tidak ada riwayat obstetric buruk, ukuran uterus sesuai dengan usia kehamilan, pemeriksaan fisik dan laboratorium normal (Saiffudin, 2009).

Masa kehamilan dimulai dari konsepsi sampai lahirnya janin. Lamanya hamil normal 280 hari (40 minggu atau 9 bulan 7 hari) dihitung dari hari pertama haid terakhir. Kehamilan dibagi tiga triwulan yaitu triwulan pertama dimulai dari konsepsi sampai 3 bulan, triwulan kedua dari bulan keempat sampai 6 bulan, triwulan ketiga ketujuh sampai 9 bulan (Saifuddin, 2007).

2.1.2 Fisiologi kehamilan

Proses kehamilan terdiri dari ovulasi yaitu proses pelepasan ovum yang dipengaruhi oleh sistem hormonal yang kompleks, terjadi migrasi spermatozoa dan ovum, terjadi konsepsi dan perkembangan zigot, terjadi nidasi (implantasi) pada uterus, pembentukan plasenta, tumbuh kembang hasil konsepsi sampai aterm (Prawirohardjo, 2007).

Proses permulaan kehamilan ketika bersatunya sel telur (ovum) dan sperma atau disebut fertilisasi. Ovum yang telah dibuahi ini segera membelah diri sampai stadium morula selama 3 hari dan bergerak ke arah rongga rahim oleh rambut getar tuba (silia) dan kontraksi tuba, hasil konsepsi tiba dalam kavum uteri pada tingkat blastula (Prawirahardjo, 2009).

Hasil konsepsi akan menanamkan dirinya dalam endometrium (nidasi). Ketika blastula mencapai rongga rahim, endometrium berada dalam masa sekresi sehingga blastula dengan bagian yang berisi massa sel dalam akan mudah masuk kedalam desidua, menyebabkan luka kecil yang kemudian sembuh dan menutup lagi (Prawirohardjo, 2007).

Apabila nidasi telah terjadi, maka dimulailah diferensiasi sel-sel blastula. Kemudian blastula akan berkembang menjadi janin. Untuk mencukupi kebutuhan janin maka dibentuklah plasenta. Plasenta terbentuk lengkap pada kehamilan kurang lebih 16 minggu, dan berfungsi untuk memberikan makanan pada janin. Respirasi janin, untuk tempat sekresi bagi janin, dan tempat pembentukan hormon dan juga tempat menyalurkan segala kebutuhan janin (Varney, 2007).

Didalam rahim janin juga diproteksi oleh air ketuban, volume air ketuban pada kehamilan cukup bulan kira-kira 1000-1500 cc, air ketuban berwarna putih keruh, berbau amis dan berasa amis (Varney, 2007).

Masa kehamilan yang normal diakhiri dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan dari jalan lahir dan bayi tersebut kuat untuk hidup diluar kandungan (Varney, 2007).

2.1.3 Perubahan Fisiologi Kehamilan

Perubahan fisiologi pada masa kehamilan menurut (Prawirohardjo, 2009) adalah:

a. Sistem Reproduksi

1. Uterus

Uterus akan membesar pada bulan-bulan pertama di bawah pengaruh estrogen dan progesteron yang kadarnya meningkat. Pembesaran ini pada dasarnya disebabkan oleh hipertrofi otot polos uterus, di samping itu serabut-serabut kolagen yang ada pun menjadi higroskopik akibat meningkatnya kadar estrogen sehingga uterus dapat mengikuti pertumbuhan janin. Berat uterus normal lebih kurang 30 gram, pada akhir kehamilan (40 minggu) berat uterus ini menjadi 1000 gram, dengan panjang lebih kurang 20 cm dan dinding lebih kurang 2,5 cm.

Pada awal kehamilan terjadi penebalan sel otot-otot uterus, yang dipengaruhi oleh posisi plasenta, dimana bagian uterus yang mengelilingi tempat implantasi plasenta akan bertambah besar lebih cepat dibandingkan bagian lainnya sehingga menyebabkan uterus tidak rata disebut tanda Piskacek. Pada minggu-minggu pertama istmus uteri mengadakan hipertrofi seperti korpus uteri. Hipertropi istmus pada triwulan pertama membuat istmus menjadi panjang dan lebih lunak. Hal ini dikenal sebagai tanda Hegar.

2. Serviks uteri

Serviks uteri pada kehamilan mengalami perubahan karena hormon estrogen. Serviks banyak mengandung jaringan ikat, jaringan ikat pada serviks ini banyak mengandung kolagen. Akibat kadar estrogen meningkat dan dengan adanya hipervaskularisasi maka konsistensi serviks menjadi lunak, warna menjadi biru, membesar (oedema) pembuluh darah meningkat, lendir menutupi ostium uteri (kanalis servikalis) serviks menjadi lebih mengkilap.

3. Vagina dan vulva

Vagina dan vulva akibat hormon estrogen mengalami perubahan pula. Adanya hipervaskularisasi mengakibatkan vagina dan vulva tampak lebih merah, agak kebiru-biruan (livide). Tanda ini disebut Chadwick warna portio pun tampak livide. Pembuluh-pembuluh darah alat genitalia interna akan membesar, hal ini karena oksigenasi dan nutrisi pada alat-alat genitalia meningkat.

4. Ovarium

Proses ovulasi selama kehamilan akan terhenti dan pematangan folikel baru juga ditunda. Hanya korpus luteum graviditatum yang masih ada sampai terbentuknya plasenta pada kira-kira kehamilan 16 minggu. Korpus luteum graviditatum berdiameter kira-kira 3 cm. Korpus luteum mengeluarkan hormon estrogen dan progesteron. Lambat-laun fungsi ini diambil alih oleh plasenta. Diperkirakan korpus luteum adalah tempat sintesis dari relaxin dalam awal

kehamilan. Relaxin mempunyai pengaruh menenangkan hingga pertumbuhan janin menjadi baik hingga aterm.

5. Payudara

Pada awal kehamilan perempuan akan merasakan payudaranya menjadi lebih lunak. Setelah bulan kedua payudara akan bertambah ukuran dan vena dibawah kulit akan lebih terlihat. Puting payudara akan lebih besar, kehitaman, dan tegak. Setelah bulan pertama kolostrum dapat keluar. Meskipun dapat dikeluarkan air susu belum dapat diproduksi karena hormon prolaktin ditekan oleh prolaktin inhibiting hormon. Setelah persalinan kadar progesteron dan estrogen akan menurun, peningkatan prolaktin akan merangsang sintesis laktose dan meningkatkan produksi air susu, areola akan membesar dan kehitaman, kelenjar montgomery membesar dan cenderung menonjol keluar.

b. Perubahan metabolic

Sebagian penambahan berat badan selama kehamilan berasal dari uterus dan isinya, payudara, volume darah, dan cairan ekstraseluler. Diperkirakan selama kehamilan berat badan akan bertambah 12,5 kg. Pada trimester ke2 dan ke3 perempuan dengan gizi baik dianjurkan untuk menambah BB perminggu 0,4 kg, gizi kurang 0,5 kg, gizi lebih 0,3 kg.

c. Kulit

Pada kulit terdapat deposit pigmen dan hiperpigmentasi alat-alat tertentu. Pigmentasi ini disebabkan oleh peningkatan melanophore

stimulating hormone (MSH) yang dikeluarkan oleh lobus anterior hipofisis. Kadang-kadang terdapat deposit pigmen pada dahi, pipi dan hidung, dikenal sebagai kloasma gravidarum. Di daerah leher sering terdapat hiperpigmentasi yang sama, juga di areola mamma. Linea alba pada kehamilan menjadi hitam, dikenal sebagai linea grisea. Tidak jarang dijumpai kulit perut seolah-olah retak-retak, warnanya berubah agak hiperemik dan kebiru-biruan, disebut striae livide.

2.1.4 Asuhan Antenatal (Antenatal Care)

a. Pelayanan Antenatal

Antenatal care ialah untuk mencegah adanya komplikasi obstetri bila mungkin dan memastikan bahwa komplikasi dideteksi sedini mungkin serta ditangani secara memadai (Saifuddin, dkk., 2007).

Setiap wanita hamil menghadapi resiko komplikasi yang bisa mengancam jiwanya. Oleh karena itu, setiap wanita hamil memerlukan sedikitnya empat kali kunjungan selama periode antenatal :

1. Satu kali kunjungan selama trimester pertama (0-12 minggu).
 2. Satu kali kunjungan selama trimester kedua (13-28 minggu).
 3. Dua kali kunjungan selama trimester ketiga (29-42 minggu)
- (Saifuddin, 2007).

2.1.5 Masalah Ibu Hamil pada Trimester III

1. Urgensi dan sering berkemih

Karena kapasitas kandung kemih menurun seiring membesarnya rahim dan bagian terbawah janin.

2. Spider nevi

Jaringan arteriol dilatasi akibat peningkatan konsentrasi estrogen. Tidak dapat dicegah, yakinkan bahwa kondisi ini secara perlahan menghilang selama akhir masa nifas, tetapi jarang hilang secara keseluruhan

3. Eritema pada telapak tangan

Dapat disebabkan oleh prediposisi genetic atau hiperestrogenisme. Tidak dapat dicegah, yakinkan bahwa kondisi ini akan menghilang setelah 1 minggu melahirkan

4. Konstipasi

Motilitas saluran GI menurun karena pengaruh progesterone, menyebabkan resopsi air meningkat dan tinja menjadi kering. Predisposisi konstipasi adalah penggunaan suplemen besi per oral.

5. Haemoroid

Penyebab uterus yang membesar dan menekan vena sehingga menimbulkan bendungan darah di dalam rongga panggul.

(Sulaiman , 1983)

2.2 Persalinan

2.2.2 Definisi Persalinan

Persalinan adalah proses membuka dan menipiskan serviks dan janin turun ke jalan lahir. Kelahiran adalah proses dimana janin dan ketuban didorong keluar melalui jalan lahir (Prawirohardjo, 2007).

Sedangkan persalinan normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan yang cukup bulan (37-42 minggu) lahir spontan dengan presentasi belakang kepala yang berlangsung dalam 18 jam, tanpa komplikasi pada ibu maupun pada janin (Prawirohardjo, 2007).

2.2.3 Tujuan Asuhan Persalinan

Memberikan Asuhan yang memadai selama persalinan dalam upaya mencapai pertolongan yang bersih dan aman, dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi (Saiffudin, 2006).

2.2.3 Tanda-Tanda Persalinan

- a. Kontraksi atau HIS yang teratur dan terjadi setiap 10 menit sekali (atau lebih sering).
- b. Lendir bercampur darah dari jalan lahir.
- c. Keluar cairan ketuban dari jalan lahir akibat pecahnya selaput ketuban (DEPKES RI, 2008).

1. Tahapan Persalinan (Kala I, II, III, IV)

a. Kala I Persalinan

Kala satu persalinan dimulai sejak terjadinya kontraksi uterus yang teratur dan meningkat (frekuensi dan kekuatannya) hingga serviks membuka dan lengkap (10cm). Kala satu persalinan dibagi menjadi dua fase, yaitu fase laten dan fase aktif (JNPK-KR/POGI, 2008).

- a) Fase Laten persalinan.
 - a. Dimulai sejak awal kontraksi yang menyebabkan penipisan dan pembukaan serviks secara bertahap.
 - b. Pembukaan serviks kurang dari 4 cm.
 - c. Biasanya berlangsung dibawah 8 jam (JNPK-KR/POGI, 2008).
 - d. Kontraksi mulai teratur tetapi lamanya masih diantara 20-30 detik (Rukiyah, 2009).
- b) Fase Aktif persalinan
 - a. Frekuensi dan lama kontraksi uterus umumnya meningkat (kontraksi dianggap adekuat/memadai jika terjadi tiga kali atau lebih dalam waktu 10 menit dan berlangsung selam 40 detik atau lebih).
 - b. Serviks membuka dari 4 cm ke 10 cm, biasanya dengan kecepatan 1 cm atau lebih perjam (nullipara atau primigravida) atau lebih dari 1 cm hingga 2 cm (multipara).
 - c. Terjadi penurunan bagian terbawah janin (JNKP-KR/POGI, 2008).

Fase aktif ini dibagi menjadi 3 fase lagi, yaitu :

 - a. Fase akselerasi yaitu dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm pembukaan menjadi 4 cm.
 - b. Fase dilatasi maksimal yaitu dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm.

- c. Fase deselerasi yaitu pembukaan menjadi lambat kembali dalam waktu 2 jam pembukaan dari 9 cm menjadi lengkap (Prawirohardjo, 2007).

Fase tersebut dijumpai pada primigravida. Pada multigravida pun terjadi demikian, akan tetapi fase laten, fase aktif, fase deselerasi terjadi lebih pendek (Prawirohardjo, 2007).

- a. Kala II Persalinan (Pengeluaran)

Kala dua Persalinan dimulai ketika pembukaan serviks sudah lengkap (10 cm) dan berakhir dengan lahirnya bayi. Kala dua dikenal juga sebagai kala pengeluaran bayi (JNKP-KR/POGI, 2008). Proses ini berlangsung 2 jam pada primigravida dan 1 jam pada multigravida. Pada kala ini his menjadi lebih kuat dan cepat kurang lebih 2-3 menit sekali. Dalam kondisi yang normal pada kala ini kepala janin sudah masuk dalam ruang panggul, maka pada saat his dirasakan tekanan pada otot-otot dasar panggul yang secara reflektorik menimbulkan rasa mengedan. Wanita merasa adanya tekanan pada rectum dan seperti akan buang air besar (Sumarah, 2008).

- b. Kala III Persalinan (Palepasan Uri)

Kala III persalinan dimulai setelah lahirnya bayi dan berakhir dengan lahirnya plasenta dan selaput ketuban (JNPK-KR/POGI, 2008). Adapun menurut Sumarah kala III yaitu dimulai segera setelah bayi lahir sampai lahirnya plasenta, yang berlangsung tidak lebih dari 30 menit. Setelah bayi lahir uterus teraba keras dengan fundus uteri agak diatas pusat. Beberapa

menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta (Sumarah, 2008).

Pada kala III persalinan, otot uterus miometrium berkontraksi mengikuti penyusutan volume rongga uterus setelah lahirnya bayi. Penyusutan ukuran ini menyebabkan berkurangnya ukuran tempat perlekatan plasenta. Karena tempat perlekatan semakin kecil, sedangkan ukuran plasenta tidak berubah, maka plasenta akan terlipat, menebal dan kemudian terlepas dari dinding uterus. Setelah lepas plasenta akan turun kebagian bawah uterus atau bagian dalam vagina (JNPK-KR/POGI, 2008).

c. Kala IV Persalinan (Observasi)

Kala IV di mulai dari saat lahirnya plasenta sampai 2 jam pertama post partum. Tujuan asuhan persalinan adalah memberikan asuhan yang memadai selama persalinan yang bersih dan aman, dengan memperhatikan aspek sayang ibu dan sayang bayi.

Observasi yang harus dilakukan pada kala IV adalah :

1. Tingkat kesadaran penderita.
2. Pemeriksaan tanda-tanda vital : tekanan darah, nadi, suhu, respirasi.
3. Kontraksi uterus
4. Terjadinya perdarahan.

Perdarahan dianggap masih normal jika jumlahnya tidak melebihi 400 cc sampai 500 cc (Sumarah, 2008).

3 Faktor yang mempengaruhi proses persalinan

Pada setiap persalinan harus diperhatikan faktor-faktor yang mempengaruhinya. Tiga faktor utama yang menentukan prognosis paersalinan adalah passage (jalan lahir), power (kekuatan), Passanger (janin) dan ada dua faktor lain yang sangat berpengaruh terhadap keberhasilan asuhan persalinan yaitu penolong dan psikologis (Rukiyah, 2009).

a. Passage (jalan lahir)

Jalan lahir terdiri dari panggul ibu, yakni bagian tulang padat, dasar panggul, vagina, dan introitus (lubang luar vagina). Meskipun jaringan lunak, khususnya lapisan-lapisan otot dasar panggul ikut menunjang keluarnya bayi, tetapi panggul ibu jauh lebih berperan dalam proses persalinan. Janin harus berhasil menyesuaikan dirinya terhadap jalan lahir yang relative kaku. Oleh karna itu ukuran dan bentuk panggul harus ditentukan sebelum persalinan dimulai (Sumarah, 2008).

Bidang/pintu panggul :

1. Pintu Atas Panggul (PAP): promontorium, linea inominata dan pinggir atas symphysis. Disebut juga inlet.
2. Ruang tengah panggul (RTP): kira - kira pada spina ischiadica. Disebut juga midlet.
3. Pintu Bawah Panggul (PBP): symphysis dan arcus pubis. Disebut juga outlet (Nurhakim, 2009).

Penentu utama dalam penilaian persalinan adalah adanya bagian-bagian pintu panggul dan saat penilaian penuruna kepala bayi lalu panggul tersebut dibagi dalam garis khayal panggul yang disebut Hodge (Nurhakim, 2009). Bagian-bagian tersebut diantaranya yaitu :

1. Hodge I : dibentuk pada lingkaran PAP dengan bagian atas symphysis dan promontorium.
2. Hodge II : sejajar dengan Hodge I setinggi pinggir bawah symphysis.
3. Hodge III : sejajar Hodge I dan II setinggi spina ischiadika kanan dan kiri.
4. Hodge IV : sejajar Hodge I, II dan III setinggi os coccygis (Nurhakim, 2009).

b. Power (kekuatan)

1. Power adalah kekuatan atau tenaga untuk melahirkan yang terdiri dari his atau kontraksi uterus dan tenaga meneran dari ibu.
2. Power merupakan tenaga primer atau kekuatan utama yang dihasilkan oleh adanya kontraksi dan retraksi otot-otot rahim.
3. His adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan.
4. His yang normal adalah timbulnya mula-mula perlahan tetapi teratur, makin lama bertambah kuat sampai kepada puncaknya yang paling kuat kemudian berangsur-angsur menurun menjadi lemah.

5. His tersebut makin lama makin cepat dan teratur jaraknya sesuai dengan proses persalinan sampai anak dilahirkan.
6. Kelainan his dan tenaga meneran dapat disebabkan karena hypotonic atau atonia uteri dan hypertonic atau tetania uteri (Blogspot, 2010).

c. Passanger (janin)

1. Passanger terdiri dari janin dan plasenta.
2. Janin merupakan passanger utama, dan bagian janin yang paling penting adalah kepala, karena kepala janin mempunyai ukuran yang paling besar, 90% bayi dilahirkan dengan letak kepala.
3. Kelainan-kelainan yang sering menghambat dari pihak passanger adalah kelainan ukuran dan bentuk kepala anak seperti hydrocephalus ataupun anencephalus, kelainan letak seperti letak muka atau pun letak dahi, kelainan kedudukan anak seperti kedudukan lintang atau pun letak sungsang (Blogspot, 2010).

d. Penolong

Penolong persalinan adalah petugas kesehatan yang mempunyai legalitas dalam menolong persalinan antara lain dokter, bidan serta mempunyai kopetensi dalam menolong persalinan, menangani kegawatdaruratan serta melakukan rujukan jika diperlukan. Penolong persalinan selalu menerapkan upaya

pencegahan infeksi yang dianjurkan termasuk diantaranya cuci tangan, memakai sarung tangan dan perlengkapan pelindung pribadi serta pendekontaminasian alat bekas pakai (Rukiyah, 2009).

e. Psikologis

Dukungan psikologis dari orang-orang terdekat akan membantu mamperlancar proses persalinan yang sedang berlangsung, dukungan tersebut dapat berupa membantu wanita berpartisipasi sejauh yang diinginkan dalam melahirkan, memenuhi harapan wanita akan hasil akhir persalinannya, membantu wanita menghemat tenaga, menciptakan kamar bersalin yang nyaman, memberikan sentuhan, berada disisi pasien, mengendalikan rasa nyeri merupakan suatu upaya mengurangi kecemasan pasien (Sumanah, 2008).

2.3 Nifas

1. Konsep Dasar Masa Nifas

a. Definisi Nifas/ Puerperium

Masa puerperium atau masa nifas mulai setelah placenta lahir dan berakhir ketika alat-alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil. Masa nifas berlangsung selama kira-kira 6 minggu. Akan tetapi, seluruh alat genital baru pulih kembali seperti sebelum ada kehamilan dalam waktu 3 bulan (Wiknjosastro, 2007).

Masa nifas (Puerperium) dimulai setelah kelahiran plasenta dan berakhir ketika alat – alat kandungan kembali seperti keadaan sebelum hamil, masa nifas berlangsung selama kira – kira 6 minggu (Saifuddin, 2007).

Tujuan asuhan pada masa nifas adalah untuk membantu ibu dan pasangannya selama masa transisi awal mengasuh anak.

b. Periode Masa Nifas

Nifas dibagi dalam 3 periode :

1. Puerperium dini yaitu kepulihan dimana ibu telah diperbolehkan berdiri dan berjalan-jalan. Dalam agama islam, dianggap telah bersih dan boleh bekerja setelah 40 hari.
2. Puerperium intermedial yaitu kepulihan menyeluruh alat-alat genitalia yang lamanya 6-8 minggu.
3. Remote puerperium adalah waktu yang diperlukan untuk pulih dan sehat sempurna terutama bila selama hamil atau waktu persalinan mempunyai komplikasi. Waktu untuk sehat sempurna bisa berminggu-minggu, bulanan, atau tahunan (Ambarwati, 2008).

2. Perubahan Psikologi

Perubahan psikologi yang normal dialami ibu hari pertama sampai hari kedua setelah melahirkan. Dimana keadaan ini membuat ibu menceritakan pengalamannya saat proses persalinan, ibu mengalami mules, nyeri luka jahitan, kurang tidur, dan lelah. Sehingga ibu harus istirahat. Gangguan psikologi yang timbul yaitu mudah tersinggung. Perubahan psikologi yang

tidak normal yaitu post partum blues dan depresi post partum. Pada ibu yang mengalami post partum blues yaitu sedih, mudah menangis, mudah tersinggung, dan kelelahan. (Sulistyawati, 2009)

3. Perubahan Fisiologis masa nifas

a. Perubahan Sistem Reproduksi

Perubahan alat-alat genital baik interna maupun eksterna kembali seperti semula seperti sebelum hamil disebut involusi. Bidan dapat membantu ibu untuk mengatasi dan memahami perubahan-perubahan seperti:

1. Involusi uterus atau pengerutan uterus merupakan suatu proses dimana uterus kembali ke kondisi sebelum hamil

Ukuran uterus pada masa nifas akan mengecil seperti sebelum hamil. Perubahan-perubahan normal pada uterus selama postpartum adalah sebagai berikut:

Bayi lahir: Setinggi pusat – 1.000gr

Uri lahir: 2 jari di bawah pusat – 750 gr

1 minggu: Pertengahan pusat symphysis – 500 gr

2 minggu: Tak teraba diatas symphysis – 350 gr

6 minggu: Bertambah kecil – 50 gr

8 minggu: Sebesar normal – 30 gr

2. Involusi tempat plasenta, uterus pada bekas implantasi plasenta merupakan luka yang kasar dan menonjol ke dalam kavum uteri. Segera setelah plasenta lahir, dengan cepat luka mengecil, pada akhir

minggu ke-2 hanya sebesar 3-4 cm dan pada akhir nifas 1-2 cm. Penyembuhan luka bekas plasenta khas sekali. Luka bekas plasenta tidak meninggalkan parut. Hal ini disebabkan karena diikuti pertumbuhan endometrium baru di bawah permukaan luka. Regenerasi endometrium terjadi di tempat implantasi plasenta selama sekitar 6 minggu. Pertumbuhan kelenjar endometrium ini berlangsung di dalam decidua basalis. Pertumbuhan kelenjar ini mengikis pembuluh darah yang membeku pada tempat implantasi plasenta hingga terkelupas dan tak dipakai lagi pada pembuangan lochea.

3. Perubahan ligamen, setelah bayi lahir, ligamen dan diafragma pelvis fasia yang meregang sewaktu kehamilan dan saat melahirkan, kembali seperti sedia kala.
4. Perubahan pada Serviks, segera setelah melahirkan, serviks menjadi lembek, kendur, terkulai dan berbentuk seperti corong. Hal ini disebabkan korpus uteri berkontraksi, sedangkan serviks tidak berkontraksi, sehingga perbatasan antara korpus dan serviks uteri berbentuk cincin.
5. Lochea adalah cairan sekret yang berasal dari cavum uteri dan vagina dalam masa nifas. Macam – macam Lochia dalam referensi Prawirohardjo (2007):
 1. Lochia rubra (Cruenta): berisi darah segar dan sisa – sisa selaput ketuban, sel-sel desidua, verniks kaseosa, lanugo, dan mekonium, selama 2 hari post partum.

2. Lochia Sanguinolenta : berwarna kuning berisi darah dan lendir, hari 3–7 post partum.
 3. Lochia serosa : berwarna kuning cairan tidak berdarah lagi, pada hari ke 7 - 14 post partum
 4. Lochia alba : cairan putih, setelah 2 minggu
 5. Lochia purulenta : terjadi infeksi, keluar cairan seperti nanah berbau busuk
 6. Lochiastasis : lochia tidak lancar keluarnya.
6. Perubahan Pada Vulva, Vagina selama proses persalinan vulva dan vagina mengalami penekanan serta peregangan, setelah beberapa hari persalinan kedua organ ini kembali dalam keadaan kendur. Rugae timbul kembali pada minggu ke tiga. Himen tampak sebagai tonjolan kecil dan dalam proses pembentukan berubah menjadi karankulae mitiformis yang khas bagi wanita multipara. Ukuran vagina akan selalu lebih besar dibandingkan keadaan saat sebelum persalinan pertama.
7. Perubahan Sistem Pencernaan, sistem gastrointestinal selama kehamilan dipengaruhi oleh beberapa hal, diantaranya tingginya kadar progesteron yang dapat mengganggu keseimbangan cairan tubuh, meningkatkan kolestrol darah, dan melambatkan kontraksi otot-otot polos. Pasca melahirkan, kadar progesteron juga mulai menurun. Namun demikian, faal usus memerlukan waktu 3-4 hari untuk kembali normal.

8. Perubahan Sistem Perkemihan, pada masa hamil, perubahan hormonal yaitu kadar steroid tinggi yang berperan meningkatkan fungsi ginjal. Begitu sebaliknya, pada pasca melahirkan kadar steroid menurun sehingga menyebabkan penurunan fungsi ginjal. Fungsi ginjal kembali normal dalam waktu satu bulan setelah wanita melahirkan. Urin dalam jumlah yang besar akan dihasilkan dalam waktu 12-36 jam sesudah melahirkan.

9. Payudara (mamae)

Pada semua wanita yang telah melahirkan proses laktasi terjadisecara alami, proses menyusui, mempunyai dua mekanisme fisiologis, yaitu sebagai berikut :

- 1) Produksi susu
- 2) Sekresi susu atau let down

Selama sembilan bulan kehamilan, jaringan payudara tumbuh dan menyiapkan fungsinya untuk menyediakan makanan bagi bayi baru lahir, setelah melahirkan, ketika hormon yang dihasilkan plasenta tidak ada lagi untuk menghambatnya kelenjar pituitari akan mengeluarkan prolaktin (hormon laktogenik). Sampai hari ketiga setelah melahirkan efek prolaktin pada payudara mulai bisa dirasakan, pembuluh darah payudara menjadi bengkak terisi darah, sehingga timbul rasa hangat, bengkak, dan rasa sakit. Sel-sel acini yang menghasilkan ASI juga mulai berfungsi, ketika bayi menghisap puting, refleks saraf merangsang lobus posterior pituitari untuk

menyekresi hormon oksitosin. Oksitosin merangsang refleksi let down (mengalirkan), sehingga menyebabkan ejeksi ASI melalui sinus aktiferus payudara ke duktus yang terdapat pada puting. Ketika ASI di alirkan karena isapan bayi atau dengan dipompa sel-sel acini terangsang untuk menghasilkan ASI lebih banyak. Refleksi ini dapat berlanjut sampai waktu yang cukup lama.

2.4 Konsep Dasar Asuhan Kebidanan

2.4.1 Pengertian Asuhan Kebidanan

Asuhan kebidanan adalah bantuan yang diberikan oleh bidan kepada individu, pasien atau klien yang pelaksanaannya dilakukan dengan cara :

1. Bertahap dan sistematis
2. Melalui suatu proses yang disebut manajemen kebidanan (Varney, 2007)

2.4.2 Manajemen Kebidanan Menurut Varney

Varney menjelaskan bahwa proses manajemen merupakan proses pemecahan masalah yang ditemukan oleh bidan, perawat pada awal tahun 1970an. Proses ini memperkuat sebuah metode dengan mengorganisasikan dan menguntungkan baik bagi klien maupun bagi tenaga kesehatan. Proses ini menguraikan bagaimana perilaku yang diharapkan dari pemberian asuhan. Proses manajemen ini bukan hanya terdiri dari pemikiran dan tindakan saja melainkan juga perilaku pada setiap langkah agar pelayanan yang komprehensif dan akan tercapai. Dalam memberikan asuhan kebidanan penulis menggunakan 7 langkah manajemen kebidanan menurut Helen Varney, yaitu:

1) Pengumpulan data dasar.

Pada langkah ini dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data dasar yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap, yaitu: riwayat kesehatan klien, Pemeriksaan fisik sesuai dengan kebutuhan, Meninjau catatan terbaru atau catatan sebelumnya, Meninjau data laboratorium dan membandingkannya dengan hasil studi.

Bila klien mengalami komplikasi yang perlu di konsultasikan kepada dokter dalam penatalaksanaan maka bidan perlu melakukan konsultasi atau kolaborasi dengan dokter. Tahap ini merupakan langkah awal yang akan menentukan langkah berikutnya, sehingga kelengkapan data sesuai dengan kasus yang di hadapi akan menentukan proses interpretasi yang benar atau tidak dalam tahap selanjutnya, sehingga dalam pendekatan ini harus yang komprehensif meliputi data subjektif, objektif dan hasil pemeriksaan sehingga dapat menggambarkan kondisi/masukan klien yang sebenarnya dan valid. Kaji ulang data yang sudah di kumpulkan apakah sudah tepat, lengkap dan akurat.

2) Interpretasi data dasar

Pada langkah ini interpretasi data dasar yaitu berdasarkan interpretasi yang akurat atas data-data yang telah dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga dapat merumuskan diagnosa dan masalah yang spesifik. Rumusan diagnosa dan masalah keduanya digunakan karena masalah tidak dapat didefinisikan seperti diagnosa tetapi tetap membutuhkan penanganan. Masalah sering berkaitan dengan hal-hal yang

sedang dialami wanita yang diidentifikasi oleh bidan sesuai dengan hasil pengkajian. Masalah juga sering menyertai diagnosa. Diagnosa kebidanan adalah diagnosa yang ditegakkan bidan dalam lingkup praktik kebidanan dan memenuhi standar nomenklatur diagnosa kebidanan.

3) Antisipasi diagnosa masalah potensial.

Pada langkah ini mengidentifikasi masalah potensial atau diagnosa potensial berdasarkan diagnosa/masalah yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi, bila memungkinkan dilakukan pencegahan. Pada langkah ketiga ini bidan dituntut untuk mampu mengantisipasi masalah potensial tidak hanya merumuskan masalah potensial yang akan terjadi tetapi juga merumuskan tindakan antisipasi agar masalah atau diagnosa potensial tidak terjadi.

4) Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera.

Mengidentifikasi perlunya tindakan segera oleh bidan/dokter dan/untuk dikonsultasikan atau ditangani bersama dengan anggota tim kesehatan yang lain sesuai dengan kondisi klien. Langkah ini mencerminkan kesinambungan dari proses penatalaksanaan kebidanan. Jadi, penatalaksanaan bukan hanya selama asuhan primer periodik atau kunjungan prenatal saja tetapi juga selama wanita tersebut bersama bidan terus-menerus. Pada penjelasan diatas menunjukkan bahwa bidan dalam melakukan tindakan harus sesuai dengan prioritas masalah/kebutuhan yang dihadapi kliennya. Setelah bidan merumuskan tindakan yang perlu dilakukan untuk mengantisipasi diagnosa/masalah potensial pada langkah sebelumnya,

bidan juga harus merumuskan tindakan emergency/segera untuk segera ditangani baik ibu maupun bayinya. Dalam rumusan ini termasuk tindakan segera yang mampu dilakukan secara mandiri, kolaborasi atau yang bersifat rujukan.

5) Merencanakan asuhan yang menyeluruh

Pada langkah ini direncanakan asuhan yang menyeluruh yang ditentukan oleh langkah-langkah sebelumnya. Langkah ini merupakan kelanjutan penatalaksanaan terhadap masalah atau diagnosa yang telah teridentifikasi atau diantisipasi. Pada langkah ini informasi data yang tidak lengkap dapat dilengkapi. Rencana asuhan yang menyeluruh tidak hanya meliputi apa-apa yang sudah teridentifikasi dari kondisi klien atau dari masalah yang berkaitan tetapi juga dari kerangka pedoman antisipasi terhadap wanita tersebut seperti apa yang diperkirakan akan terjadi berikutnya, apakah dibutuhkan penyuluhan konseling dan apakah perlu merujuk klien bila ada masalah-masalah yang berkaitan dengan sosial ekonomi-kultural atau masalah psikologi. Setiap rencana asuhan haruslah disetujui oleh kedua belah pihak, yaitu oleh bidan dan klien agar dapat dilaksanakan dengan efektif karena klien juga akan melaksanakan rencana tersebut. Semua keputusan yang dikembangkan dalam asuhan menyeluruh ini harus rasional dan benar-benar valid berdasarkan pengetahuan dan teori yang up to date serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan dilakukan klien.

6) Pelaksanaan.

Pada langkah ke enam ini rencana asuhan menyeluruh seperti yang telah diuraikan pada langkah ke lima dilaksanakan secara aman dan efisien. Perencanaan ini dibuat dan dilaksanakan seluruhnya oleh bidan atau sebagian lagi oleh klien atau anggota tim kesehatan lainnya. Walaupun bidan tidak melakukannya sendiri, bidan tetap bertanggung jawab untuk mengarahkan pelaksanaannya. Dalam kondisi dimana bidan berkolaborasi dengan dokter untuk menangani klien yang mengalami komplikasi, maka keterlibatan bidan dalam penatalaksanaan asuhan bagi klien adalah tetap bertanggung jawab terhadap terlaksananya rencana asuhan bersama yang menyeluruh tersebut. Pelaksanaan yang efisien akan menyangkut waktu dan biaya serta meningkatkan mutu dan asuhan klien.

7) Evaluasi

Pada langkah ketujuh ini, bidan mengevaluasi keefektifan asuhan yang sudah diberikan. Ini mencakup evaluasi tentang pemenuhan kebutuhan, apakah benar-benar telah terpenuhi sesuai dengan masalah dan diagnose yang telah teridentifikasi. Rencana tersebut dapat dianggap efektif apabila memang telah dilaksanakan secara efektif. Bisa saja sebagian dari rencana tersebut telah efektif, sedangkan sebagian lagi belum. Mengingat manajemen asuhan kebidanan merupakan suatu kontinu, bidan perlu mengulang kembali setiap asuhan yang tidak efektif melalui proses manajemen untuk mengidentifikasi mengapa proses manajemen tersebut tidak efektif serta melakukan penyesuaian pada rencana asuhan. Langkah-langkah pada proses

manajemen umumnya merupakan pengkajian yang memperjelas proses pemikiran yang mempengaruhi tindakan serta berorientasi pada proses klinis. Proses manajemen tersebut berlangsung didalam tatanan klinis, dan dua langkah terakhir bergantung pada klien dan situasi klinik. Oleh sebab itu tidak mungkin proses manajemen ini di evaluasi hanya dalam bentuk tulisan saja. (Saminem.2010)

2.5 Penerapan Asuhan Kebidanan

2.5.1 Kehamilan

1. Pengumpulan Data Dasar

1) Pengkajian

Subjektif

(1) Keluhan Utama (PQRST)

Pasien merasa sering kencing, konstipasi, haemoroid.

(Sulaiman, 1983)

(2) Riwayat kehamilan sekarang

a) Pergerakan anak pertama kali

Gerakan pertama janin pada usia kehamilan 16 minggu.

(Prawirahardjo, 2009)

b) Frekwensi pergerakan dalam 3 jam terakhir

Gerakan janin dalam 3 jam terakhir \pm 10x gerakan.

(Prawirohardjo, 2008).

(3) Pola kesehatan fungsional

a) Pola Nutrisi

Konsumsi 500 kalori tiap hari. Protein, mineral dan vitamin yang cukup. Minum 3 liter air setiap hari. (Varney, 2007)

b) Pola Aktivitas

Tidak boleh stress, berdiri terlalu lama, mengangkat sesuatu yang berat, paparan dengan radiasi. (Kusmiyati, ddk.2009)

c) Pola Eliminasi

BAK \pm 6-7x setiap hari, BAB \pm 1x setiap hari dengan konsistensi lunak. (Ambarwati, 2008)

d) Pola seksual/ reproduksi

Pola seksual sebelum dan saat hamil mempengaruhi kehamilan.

(Manuaba, 2010).

e) Riwayat KB : Kontrasepsi jenis apa, berapa lama, adakah keluhan selama menggunakan kontrasepsi. (Ambarwati, 2008)

f) Riwayat Psiko- sosio-spiritual

1. Respon ibu terhadap kehamilannya : adanya penerimaan atau penolakan dari ibu terhadap kehamilannya untuk persiapan menjadi orang tua.

2. Dukungan keluarga : dukungan keluarga terhadap kehamilan ini sebagai dukungan emosional ibu untuk mengurangi ketakutan yang dirasakan ibu.

(Sarwono, 2010)

Data Objektif

(1) Tanda –tanda vital : Tekanan darah :110/70-130/90 mmHg, nadi : 80-100 kali/menit, pernafasan : 16-24 Kali / menit, suhu : 36,5⁰C-37,5⁰C (Prawiraharjo, 2007).

(2) Antropometri

BB : Rata-rata kenaikan berat badan selama hamil adalah 10 – 12 kg atau 20% dari berat badan ideal sebelum hamil, trimester III sekitar 6kg.

TB : > 145, Tubuh yang pendek dapat menjadi indikator gangguan genetik.

Taksiran Persalinan: (+7) (-3) (+1)

(Kusmiyati, 2009)

(3) Pemeriksaan Fisik (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi)

1. Wajah : Simetris, tidak ada odema. Tidak terdapat cloasma gravidarum, tidak pucat.

2. Mata : Simetris, konjungtiva merah muda, sclera tidak ikterus, tidak odema.

3. Leher : Simetris, tidak ada nyeri tekan, tidak ada pembengkakan kelenjar tyroid.

4. Mulut : Simetris, Bibir lembab, tidak pucat. imetris, kebersihan cukup, putting susu menonjol, tidak ada massa.

5. Mammae : simetris, kebersihan cuku, putting susu menonjol, tidak ada massa.

6. Abdomen : Simetris, pembesaran perut sesuai dengan usia kehamilan, tidak terdapat luka bekas operasi, TFU 2 jari bawah prosesus Xifoideus, $(TFU-n) \times 155 = 3255$ gram.

DJJ normal 120-160x/menit dan teratur.

LeopId I : pada fundus teraba lunak, kurang bundar, tidak melenting, dan untuk menentukan TFU

LeopId II : bagian seperti papan teraba keras, panjang dikanan / kiri ibu dan sisi lainnya teraba bagian kecil janin.

LeopId III : bagian bawah ibu teraba bagian besar, bulat, keras, dan memelnting.

LeopId IV : kepala janin sudah masuk pintu atas panggul.

(Kusmiyati, 2009)

(4) Pemeriksaan Lain-Lain

USG: mendiagnosis letak dan presentasi janin, mencari kemungkinan factor penyebab kelainan letak atau presentasi janin.

(Prawirahardjo, 2007)

2) Interpretasi data dasar

1) Diagnosa : G...(PAPIAH), usia kehamilan 37-40 minggu, hidup, tunggal, let kep, intrauterine, keadaan jalan lahir normal, keadaan umum ibu dan janin baik. (Saminem, 2009)

2) Masalah : sering kencing, haemoroid, konstipasi. (Ambarwati, 2008)

3) Kebutuhan

(1) Informasi yang cukup keadaan kehamilannya

- (2) Menjelaskan penyebab sering kencing, haemoroid dan konstipasi.
- (3) Pengaturan konsumsi makanan.

3). Antisipasi diagnosa atau masalah potensial

Tidak ada. (Nurhayati, 2011)

4) Identifikasi kebutuhan akan tindakan segera

Tidak ada. (Salmah, 2006)

5). Merencanakan asuhan yang menyeluruh

1) Jelaskan pada ibu dan keluarga mengenai hasil pemeriksaan.

Rasionalisasi : memberikan informasi mengenai bimbingan antisipasi dan meningkatkan tanggung jawab ibu dan keluarga terhadap tanggung jawab terhadap kesehatan ibu dan janinnya.

2) Jelaskan penyebab sering kencing, konstipasi dan haemoroid.

- a. Sering kencing yaitu karena kapasitas kapasitas kandung kemih menurun seiring membesarnya rahim dan bagian terbawah rahim.
- b. Konstipasi yaitu karena saluran GI menurun karena pengaruh progesterone, menyebabkan resopsi air meningkat dan tinja menjadi kering.
- c. Haemoroid yaitu karena uterus membesar dan menekan vena sehingga menimbulkan bendungan darah didalam rongga panggul

Rasional: untuk mengurangi kecemasan dan kekhawatiran ibu.

3) Berikan multivitamin

Rasional: vitamin, besi, sulfat dan asam folat membantu kesejahteraan ibu dan janin.

(Sulaiman, 1983)

2.5.2 Persalinan

1. Pengumpulan Data Dasar

1) Pengkajian

Subjektif

(1) Keluhan Utama (PQRST)

- a) Kontraksi atau HIS yang teratur dan terjadi setiap 10 menit sekali (atau lebih sering).
- b) Lendir bercampur darah dari jalan lahir.
- c) Keluar cairan ketuban dari jalan lahir akibat pecahnya selaput ketuban (DEPKES RI, 2008).

(2) Pola Kesehatan Fungsional

a) Pola Nutrisi

Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari, protein, mineral dan vitamin yang cukup dan minum 3 liter air setiap hari.

(Varney, 2007)

b) Pola Aktivitas

Tidak boleh stress, berdiri terlalu lama, mengangkat sesuatu yang berat, paparan dengan radiasi. (Kusmiyati, ddk.2009)

c) Pola Eliminasi

BAK \pm 9-10x setiap hari, BAB \pm 2-3x setiap hari dengan konsistensi lunak. (Ambarwati, 2008).

d) Pola seksual/ reproduksi

Pola seksual sebelum dan saat inpartu mempengaruhi inpartu. Hubungan seksual sebelumnya dapat mempengaruhi kontraksi yang disebabkan karena pengaruh hormon prostaglandin yang ada di dalam sperma. (Manuaba, 2010).

(3) Riwayat Psiko- sosio-spiritual

Secara psikologis, ibu yang mendekati persalinan akan merasakan cemas, takut, khawatir dengan keadaannya

1. Respon ibu terhadap kehamilannya : adanya penerimaan atau penolakan dari ibu terhadap kehamilannya untuk persiapan menjadi orang tua.
2. Dukungan keluarga : dukungan keluarga terhadap kehamilan ini sebagai dukungan emosional ibu untuk dukungan dan support saat proses persalinan

(Sarwono, 2010)

Obyektif

- (1) Tanda –tanda vital : Tekanan darah :110/70-130/90 mmHg, nadi : 80-100 kali/menit, pernafasan : 16-24 Kali / menit, suhu : 36,5⁰C-37,5⁰C (Prawiroharjo, 2006).

(2) Pemeriksaan Fisik (Inspeksi, Palpasi, Perkusi, Auskultasi)

1. Abdomen : simetris, pembesaran perut sesuai dengan usia kehamilan, TFU 2 jari bawah prosesus xifoideus , konvergen.
(TFU-n) x 155 = 2790 - 3255 gram.

DJJ normal 120–160 x/menit dan teratur (Kusmiyati, 2009).

Leopold I : Pada fundus teraba, lunak, kurang bundar, dan tidak melenting, dan untuk menentukan TFU

Leopold II : bagian papan, keras, panjang dikanan/kiri perut ibu dan sisi lainnya teraba bagian kecil janin.

Leopold III :Bagian bawah ibu teraba bagian besar, bulat, keras, dan melenting.

Leopold IV : Kedua tangan konvergen berarti kepala belum masuk, bila divergen kepala sudah masuk sebagian besar dan bila sejajar maka kepala sudah masuk sebagian, usia kehamilan 36 minggu kepala sudah masuk PAP .

(Sarwono, 2007)

(3) Genetalia: Tidak ada nyeri tekan, VT : Ø 1 – 10 cm, eff 10- 100%, ket (+/ -) jernih, keruh, bercampur mekonium, berbau , let-kep denominator UUK kiri depan, H I – H IV tidak teraba bagian kecil disamping presentasi. (Sarwono, 2007)

2. Interpretasi Data Dasar

1) Diagnosa : G...(PAPIAH), usia kehamilan, tunggal, hidup, let kep, inpartu kala I fase laten / aktif. (Saminem, 2009)

- 2) Masalah : cemas dan khawatir.
- 3) Kebutuhan
 - a. Mengajari ibu teknik relaksasi
 - b. Berikan dukungan emosional.

3. Antisipasi Diagnosa atau masalah potensial

Tidak ada. (Nurhayati, 2011)

4. Identifikasi Kebutuhan akan tindakan Segera

Tidak ada. (Salmah, 2006)

5. Merencanakan asuhan yang menyeluruh

KALA I :

Tujuan : Setelah diberikan Asuhan Kebidanan selama \pm 13 jam pada primi dan \pm 7 jam pada multi diharapkan pembukaan lengkap dan ibu bisa kooperatif.

Kriteria : KU ibu dan janin baik, adanya doran, teknus, perjol, vulka adanya

His yang adekuat dan teratur.

Intervensi :

- a. Jelaskan kepada ibu tentang hasil pemeriksaan.

Rasional: Ibu akan lebih tenang karena mengetahui keadaannya saat ini
- b. Ajukan informed consent pada ibu dan keluarga terhadap setiap tindakan medis yang akan dilakukan.

Rasional: Ibu dan keluarga mengerti tentang tindakan yang akan didapat
- c. Berikan Dukungan emosional

Rasional: Dukungan dari tenaga kesehatan dan keluarga dapat mengurangi rasa cemas

d. Lakukan komunikasi terapeutik

Rasional: Membantu pasien untuk mengurangi beban perasaan dan pikiran pada pasien.

e. Ajarkan ibu teknik relaksasi

Rasional: Mempengaruhi respon internal individu terhadap nyeri.

f. Berikan Asuhan sayang ibu

a. Membantu pengaturan posisi ibu

b. Memberikan cairan dan nutrisi

c. Keleluasaan untuk menggunakan kamar mandi secara teratur.

d. Pencegahan infeksi.

Rasional: Mengurangi gangguan psikologis dan pengalaman yang menegangkan.

g. Persiapkan ruangan untuk persalinan dan kelahiran bayi

Rasional: Meningkatkan efektivitas dalam memberikan asuhan.

h. Persiapkan perlengkapan, bahan-bahan dan obat-obat yang diperlukan

Rasional: Mengurangi resiko terjadinya penyulit pada ibu dan bayi.

i. Lakukan persiapan rujukan.

Rasional: Antisipasi terjadinya penyulit dan membutuhkan rujukan segera.

j. Lakukan observasi dan pengisian partograf

Rasional: Memutuskan Asuhan yang akan dilakukan selanjutnya.

KALA II

- Tujuan : Setelah dilakukan Asuhan Kebidanan 1 jam pada primi dan \pm 30 menit pada multi, ibu bisa kooperatif dan persalinan dapat berjalan dengan normal.
- Kriteria hasil : Keadaan umum ibu baik, ibu dapat melahirkan bayinya dengan normal.

1. Implementasi

no	Waktu	Implementasi
		<ol style="list-style-type: none"> 1. Mengamati tanda dan gejala kala II (doran, teknus, perjol, vulka) 2. Memastikan perlengkapan, bahan dan obat-obatan esensial, mematahkan ampul oksitosin 10 unit dan menempatkan tabung suntik steril didalam partus set 3. Mengenakan clemek plastik 4. Melepaskan semua perhiasan dan mencuci tangan 5. Memakai handcun pada tangan yang akan digunakan untuk pemeriksaan dalam 6. Mengisap oksitosin 10 unit kedalam spuit 7. Membersihkan vulva dan perineum dengan kapas DTT 8. Memlakukan pemeriksaan dalam untuk memastikan pembukaan lengkap 9. Mendekontaminasi handscun kedalam larutan klorin

		<p>0,5%</p> <ol style="list-style-type: none">10. Memeriksa DJJ setelah kontraksi berakhir11. Memberitahu ibu pembukaan sudah lengkap dan keadaan janin baik, membantu ibu dalam posisi yang nyaman dan memberikam semangat pada ibu saat ibu mulai meneran12. Meminta bantuan keluarga untuk menyiapkan posisi ibu untuk meneran13. Melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran, jika ibu tidak mempunyai dorongan meneran anjurkan ibu untuk berjongkok, berjalan dan mengambil posisi yang nyaman14. Jika kepala bayi sudah membuka vulva dengan diameter 5-6 cm,meletakkan handuk bersih diatas perut ibu untuk mengeringkan bayi15. Meletakkan kain yang bersih dilipat 1/3 bagian, dibawah bokong ibu16. Membuka partus set17. Memakai handscun steril pada kedua tangan18. Saat kepala bayi membuka vulva dengan diameter 5-6 cm, lindungi perineum dengan satu tangan yang dilapisi
--	--	--

		<p>kain tadi. Letakkan tangan yang lain dikepala bayi dan lakukan tekanan yang lembut dan tidak menghambat pada kepala bayi, menganjurkan ibu meneran perlahan-lahan/bernafas cepat saat kepala lahir</p> <p>19. Dengan lembut menyeka muka, mulut dan hidung bayi dengan kain/kasa yang bersih</p> <p>20. Memeriksa lilitan tali pusat dan mengambil tindakan yang sesuai jika hal itu terjadi</p> <p>21. Menunggu hingga kepala bayi melakukan putaran paksi luar secara spontan</p> <p>22. Setelah kepala bayi melakukan putaran paksi luar, tempatkan kedua tangan dimasing-masing sisi muka bayi dan menariknya kearah bawah dan kearah keluar hingga bahu anterior muncul dibawah arkus pubis dan kemudian menarik kearah atas dan kearah luar untuk melahirkan bahu anterior</p> <p>23. Setelah kedua bahu lahir, menelusurkan tangan mulai kepala bayi yang berada dibagian bawah kearah perineum, membiarkan bahu dan lengan posterior lahir dengan disangga tangan, gunakan lengan bagian bawah untuk menyangga tubuh bayi saat dilahirkan</p> <p>24. Tangan kiri memegang kepala bahu, lengan menyusuri</p>
--	--	--

		<p>sampai bokong.</p> <p>25. Melakukan penilaian selintas/sesaat</p> <p>26. Mengeringkan tubuh bayi</p> <p>27. Memeriksa kembali uterus untuk memastikan tidak ada lagi bayi dalam uterus.</p> <p>28. Memberitahu ibu bahwa ibu akan disuntik oksitosin, agar uterus berkontraksi dengan baik</p> <p>29. Memberikan suntik oksitosin 10 unit IM setelah 1 menit bayi lahir pada 1/3 paha atas bagian distal lateral ibu</p> <p>30. Setelah 2 menit pasca persalinan, menjepit tali pusat dengan klem kira2 3 cm dari pusat bayi, mendorong isi tali pusat kearah ibu dan jepit lagi 2 cm dari klem pertama</p> <p>31. Memotong tali pusat diantara 2 klem dengan dilindungi tangan dibawah tali pusat yang akan dipotong</p> <p>32. Mengikat tali pusat dengan benang steril</p> <p>33. Menyelimuti ibu dan bayi dengan kain hangat</p>
--	--	---

KALA III

Tujuan : Setelah dilakukan manajemen aktif kala III (15 menit – 30 menit) ibu kooperatif dan kelahiran plasenta spt dan lengkap.

Kriteria Hasil : Keadaan umum ibu baik, plasenta lahir spt dan lengkap.

No	Hari/Tanggal/Jam	Implementasi
		<p>34. Memindahkan klem pada tali pusat hingga berjarak 5-10 cm dari vulva</p> <p>35. Meletakkan tangan diatas kain yang ada diperut ibu, tepat diatas tulang pubis untuk melakukan palasi, kontraksi dan menstabilkan uterus, memegang tali pusat dan klem dengan tangan yang lain</p> <p>36. Menunggu uterus berkontraksi dan kemudian melakukan penegangan tali pusat sejajar lantai sambil tangan yang lain mendorong uterus kearah belakang atas (dorso cranial) secara hati-hati</p> <p>37. Melakukan penegangan dan dorongan dorso cranial hingga plasenta terlepas, meminta ibu meneran sambil penolong menarik tali pusat dengan arah sejajar lantai dan kemudian keatas mengikuti poros jalan lahir (tetap melakukan tekanan dorso cranial)</p> <p>38. Saat plasenta terlihat diintroitus vagina, melanjutkan kelahiran plasenta dengan</p>

		<p>menggunakan kedua tangan. Pegang dan putar plasenta hingga selaput ketuban terpilin (kemudian melahirkan dan menempatkan plasenta pada wadah yang telah disediakan)</p> <p>39. Setelah plasenta dan selaput ketuban lahir, melakukan masase uterus dengan meletakkan tangan diatas fundus dan melakukan masase dengan gerakan melingkar</p> <p>40. Memeriksa kedua sisi plasenta baik yang menempel keibu maupun janin dan selaput ketuban untuk memastikan bahwa selaput ketuban lengkap dan utuh</p>
--	--	---

KALA IV

Tujuan : Setelah dilakukan Asuhan Kebidanan \pm 2 jam kala IV normal.

Kriteria Hasil : Kontraksi uterus keras, tidak terjadi perdarahan , tidak terjadi infeksi.

1. Implementasi

No	Hari/Tanggal/Jam	Implementasi
		41. Mengevaluasi laserasi vulva dan perineum

		<ol style="list-style-type: none">42. Memastikan uterus berkontraksi dengan baik43. Membierkan bayi tetap kontak kulit dengan ibu \leq 1 jam44. Setelah 1 jam, melakukan penimbangan/pengukuran bayi, tetes mata, vit. K disuntikkan pada paha bagian kiri45. Setelah 1 jam pemberian vit.K, kemudian berikan imunisasi hepatitis B dipaha bagian kanan46. Melanjutkan pemantauan kontraksi dan mencegah perdarahan47. Mengajarkan pada ibu/keluarga bagaimana cara melakukan masase48. Evaluasi dan estimasi jumlah kehilangan darah49. Memeriksa nadi ibu dan keadaan kandung kemih setiap 15 menit 1 jam pertama, 30 menit 2 jam kedua50. Memeriksa kembali bayi untuk memastikan bahwa bayi bernafas dengan spontan51. Menempatkan peralatan bekas pakai dalam larutan klorin 0,5%52. Membuang bahan yang terkontaminasi ketempat sampah yang sesuai53. Membersihkan ibu dengan menggunakan air DTT54. Memastikan ibu merasa nyaman dan menganjurkan pada keluarga untuk membantu memberi makan dan minum
--	--	--

		<p>55. Mendekontaminasi tempat bersalin dengan larutan klorin 0,5%</p> <p>56. Membersihkan handscun kedalam larutan klorin 0,5%</p> <p>57. Mencuci tangan dengan sabun dan air mengalir</p> <p>58. Melengkapi partograf Mengedan ketika ada kontraksi</p>
--	--	---

2.5.3 Nifas

1. Pengumpulan Data Dasar

1) Pengkajian

Subyektif

1. Keluhan Utama

Mules, sakit pada jalan lahir karena adanya jahitan perineum.

(Ambarwati, 2008).

2. Pola Kesehatan Fungsional

a) Pola Nutrisi

Mengonsumsi tambahan 500 kalori tiap hari, protein, mineral dan vitamin yang cukup dan minum 3 liter air setiap hari.

(Varney, 2007)

b) Pola istirahat

Istirahat siang \pm 1-2 jam setiap hari, dan istirahat malam \pm 6-8 jam setiap hari untuk mempercepat proses pemulihan.

(Ambarwati, 2008)

c) Pola Eliminasi

BAK \pm 9-10x setiap hari, BAB \pm 2-3x setiap hari dengan konsistensi lunak. (Ambarwati, 2008).

3. Pemeriksaan Fisik

1) Mammae : simetris, bersih, puting susu menonjol, terdapat hiperpigmentasi areola mammae, tidak ada massa, tidak ada nyeri tekan, kolostrum sudah keluar.

2) Abdomen

a. Uterus : kontraksi baik, keras, tinggi fundus uteri 2 jari di bawah pusat.

b. Kandung kemih : kosong

c. Genetalia : Lochea meliputi warna, bau, bekuan darah, jumlah.

d. Anus: tidak haemoroid

(Saleha, 2009)

4. Riwayat psiko-sosio-spiritual

Adanya respon positif yang dialami ibu dan keluarga terhadap bayinya. (Sulistyowati, 2009)

Obyektif

1. Riwayat persalinan

Ibu :

Kala I : multi \pm 7 jam

Kala II : multi \pm 30 menit

Dipimpin meneran : \pm 30 menit

Komplikasi : tidak ada

Air ketuban : banyak \pm 500 ml, warna jernih, jam ...

Kala III : \pm 15 menit

Komplikasi : tidak ada

Plasenta

- Maternal: lengkap
- Fetal : lengkap
- Berat : Berat 500 – 600 gr
- Panjang tali pusat : 50 – 55 cm
- Insersi : marginal
- Perdarahan : kala I : < 500 ml
Kala II : < 500 ml
Kala III : < 500 ml
Perdarahan : tidak ada

Bayi

- Lahir : Spt B, JK ♂/♀
- Hari/tanggal/jam
- BB/PB/AS : > 2500 gr, > 45 cm, > 8
- Cacat bawaan : tidak ada
- Masa gestasi : > 38 minggu/< 40 minggu
-

2. Pemeriksaan Umum

Tekanan darah : 110/70-120/80 mmHg, nadi : 80-100x/menit, suhu:
36,5°C-37,5°C, pernafasan: 16-24x/menit. (Saleha, 2009)

3. Pemeriksaan fisik

a. Abdomen :

1. Uterus : berkontraksi baik, keras, tinggi fundus uteri 2 jari di bawah pusat
2. Kandung kemih :penuh/tidak, berkaitan dengan penurunan tinggi fundus dan masalah/penyulit dalam berkemih.

b. Genetalia:

1. Lochea : meliputi warna, bau, bekuan darah, jumlah
2. Keadaan perineum: oedema, hematoma, bekas luka episiotomi/robekan, heacting. Tanda- tanda infeksi : rubor, dolor, calor, tumor.

2. Interpretasi data dasar

- a. Diagnosa : P.....nifas normal 2 jam post partum
- b. Masalah : perut mules setelah melahirkan
- c. Kebutuhan: - masase uterus
 - nutrisi
 - mobilisasi

3. Antisipasi diagnose Dan Masalah Potensial

Tidak Ada

4. Identifikasi Kebutuhan dan Tindakan Segera

Tidak Ada

5. Merencanakan Asuhan yang menyeluruh

Standart Kunjungan Nifas :

- 1) Kunjungan I : Asuhan 6-8 jam setelah melahirkan
- 2) Kunjungan II : Asuhan 6 hari setelah melahirkan
- 3) Kunjungan III : Asuhan 2 minggu setelah persalinan
- 4) Kunjungan IV : Asuhan 6 minggu setelah persalinan

(Ambarwati, 2008).

Asuhan yang diberikan sewaktu melakukan kunjungan masa nifas :

Kunjungan	Waktu	Asuhan
1	6-8jam post partum	<ul style="list-style-type: none"> - Mencegah perdarahan masa nifas oleh karena atonia uteri. - Mendeteksi dan perawatan penyebab lain perdarahan serta melakukan rujukan bila perdarahan berlanjut. - Memberikan konseling pada ibu dan keluarga tentang cara mencegah perdarahan yang disebabkan atonia uteri. - Pemberian ASI awal. - Mengajarkan cara mempererat hubungan antara ibu dan bayi baru lahir.

		<ul style="list-style-type: none"> - Menjaga bayi tetap sehat melalui pencegahan hipotermi. - Setelah bidan melakukan pertolongan persalinan, maka bidan harus menjaga ibu dan bayi untuk 2 jam pertama setelah kelahiran atau sampai keadaan ibu dan bayi baru lahir dalam keadaan baik.
II	6 hari post partum	<ul style="list-style-type: none"> - Memastikan involusi uterus berjalan dengan normal, uterus berkontraksi dengan baik, tinggi fundus uteri di bawah umbilikus, tidak ada perdarahan abnormal. - Menilai adanya tanda-tanda demam, infeksi dan perdarahan. - Memastikan ibu mendapat istirahat yang cukup. - Memastikan ibu mendapat makanan yang bergizi dan cukup cairan. - Memastikan ibu menyusui dengan baik dan benar serta tidak ada tanda-tanda kesulitan menyusui. - Memberikan konseling tentang

		perawatan bayi baru lahir.
III	2 minggu post partum	- Asuhan pada 2 minggu post partum sama dengan asuhan yang diberikan pada kunjungan 6 hari post partum.
IV	6 minggu post partum	- Menanyakan penyulit-penyulit yang dialami ibu selama masa nifas. - Memberikan konseling KB secara dini.

(Lusa, 2009)